

CARTAS AL DIRECTOR/EDITOR

Respecto al artículo LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE TESTÍCULO NO SEMINOMA ESTADIO I. (Arch. Esp. Urol., 60, 1(59-66),2007 escrito por el Dr. Castillo y colaboradores de la Clínica Santa María. Chile.

El tratamiento de los tumores de células germinales no seminomatoso (TCGNS) supone un reto, dado que se trata de una neoplasia con elevadas probabilidades de curación. Mucho más en pacientes en estadio inicial. El límite entre sobretratar o infratratarse continúa sin estar claro, por ello, la controversia sigue abierta.

Varias son las estrategias terapéuticas a adoptar en estadio I, pero con las políticas actuales de tratamiento adaptado al riesgo, cada vez están más delimitadas las indicaciones de tratamiento. La linfadenectomía retroperitoneal (LRP) sigue siendo una estrategia terapéutica apta en pacientes con criterios de alto riesgo de recaída (invasión linfovascular y/o la presencia de carcinoma embrionario). En función de estos hallazgos, los pacientes tienen un riesgo de recaída alto 40-50% vs 15-20%. Es la única maniobra que permite estadiar y tratar en un mismo acto terapéutico. Probablemente, debido a la elevada morbilidad, sustituir la LRP estándar por la vía laparoscópica puede ser una opción en manos expertas, pero esta estrategia no está validada.

Nos llama la atención en el Artículo publicado el hecho de ofrecer de forma asistencial a todos los pacientes con estadio I, independientemente de los factores de riesgo descritos, una estrategia quirúrgica "como forma objetiva" de estadificación.

De hecho, en pacientes con TCGNS estadio I, tanto la LRP primaria como la quimioterapia adyuvante sobretrata hasta un 50% de pacientes. En una revisión reciente se plantea, en función de los criterios de riesgo de recaída (estadio clínico IB,T2-4 N0 M0 S0), o bien linfadenectomía retroperitoneal en manos expertas o seguimiento estricto en manos de un clínico experimentado.

En sus resultados destaca que un 16.2% tenía ganglios positivos, de los cuales 12 (es decir un 66%) tenían los factores de riesgo histológicos descritos.

Desconocemos cuál es la mejor estrategia terapéutica en pacientes con estadios potencialmente curables, pero en ausencia de un ámbito experimental, ofrecer de forma asistencial LRP aunque sea vía laparoscópica supone sobretratar un elevado porcentaje de pacientes que de entrada están curados.

Hay que destacar además, que uno de los argumentos para no aplicar las otras estrategias (quimioterapia o seguimiento estricto) son la toxicidad de la primera y la pérdida de pacientes de la segunda. En cuanto a la toxicidad, con los protocolos actuales, podemos afirmar que está dentro de estándares más que aceptables y que, en cuanto a la posible pérdida de pacientes son ellos y sus familiares los responsables de sus propias decisiones.

Sin embargo, la LRP no es siempre el tratamiento definitivo, ya que hasta un 10% de pacientes en estadio I pueden presentar recaída sistémica y precisar quimioterapia, con lo cual precisarán igualmente de seguimiento estricto (vigilancia) para detectar de forma precoz una posible recaída. Por otro lado, se desconoce cuál es el papel de la quimioterapia tras modificación del estadio una vez realizada la LRP-Laparoscópica y, de hecho, en su estudio los pacientes reciben quimioterapia "en forma complementaria" en los 12 casos descritos.

Planteamos por tanto, que el manejo del estadio I de los TCGNS no está resuelto y, pese a su menor comorbilidad, no existen datos suficientes para considerar la LRP-Laparoscópica como tratamiento estándar en todos los pacientes, independientemente de los criterios de riesgo de recaída.

Así pues, debemos ser autocríticos y si bien, como dice el autor, hasta "un 50% de los pacientes recibirán quimioterapia innecesaria", la cirugía también ha demostrado ser, probablemente, innecesaria en el 80% de los pacientes incluidos en este estudio. Quizá con una adecuada vigilancia se hubieran evitado estas cirugías.

BIBLIOGRAFÍA:

RONALD DE WIT AND KARIM FIZAZI. Controversies in the management of clinical stage I testis cancer. J. Clin. Oncol. 24: 5482-5492. 2006.

**Regina Girones Sarrío, María Dolores Torregrosa Maicas,
Alfons Carles Polo Peris y Víctor Gonzalvo Pérez**
Servicio de Urología Hospital "Lluís Alcanyís"
Carretera Silla-Xàtiva Km, 3
46800-Xàtiva. Valencia. España.

CONTESTACIÓN DEL AUTOR

El reto planteado por el carcinoma testicular, es sin duda una tarea en la que la medicina en conjunto ha podido observar excelentes resultados. Estamos totalmente de acuerdo en que la terapia en el Estadio I del carcinoma testicular no seminoma es un tema de *OPCIONES* (1).

Nuestro razonamiento lógico en cuanto a la preferencia de la cirugía se basa en que: *Primero*, sobre los resultados de las series de linfadenectomía lumboaortica y observación controlada, el retroperitoneo constituye el primer *echelon* en la diseminación metastásica en el cáncer testicular. *Segundo*, un 20% a 30% de pacientes con estadio final patológico II, son diagnosticados inicialmente como Estadio I, desde el punto de vista clínico. *Tercero*, existe un 20% a 25% de recidiva en los protocolos conservadores de observación en cáncer testicular y *Cuarto*, el 20% de incidencia de teratoma o tumoración viable en los pacientes que han recibido quimioterapia inicial y progresan con masas retroperitoneales (2).

Lo anterior respalda la idea de que los avanzados tomógrafos actuales, (condición *imperativa* de la vigilancia), no ofrecen la total seguridad, que probablemente le permita al paciente dormir tranquilo.

Con relación a los protocolos de quimioterapia actuales, si bien presentan menor toxicidad cuando se los compara con sus predecesores, las posibles recidivas ocurren luego de dos años, lo que acentúa la importancia de un seguimiento prolijo en estos pacientes. La cirugía por su parte, reporta recidivas de 0.6% y 0.3%, en las series de centros de referencia como Indiana y Memorial Sloan-Kettering, respectivamente; siendo significativo mencionar que estas recidivas fueron reportadas con localización pulmonar, lo cual es más fácil de diagnosticar con los métodos diagnósticos actuales (más simple que el diagnóstico del retroperitoneo) (2).

Entonces, la linfadenectomía retroperitoneal (LR) se mantiene como el método más sensible y más específico para la detección de metástasis ganglionares por cáncer de testículo. Una LR de buena calidad descarta al retroperitoneo como sitio de recurrencia, lo que en consecuencia provee al paciente de alivio emocional y psicológico, simplificando además el protocolo de seguimiento (3).

La introducción de la linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica (LR-Lap) buscó mantener las propiedades diagnósticas y terapéuticas de la LR, disminuyendo la morbilidad. El procedimiento del día de hoy es técnicamente realizable en manos expertas y es probable que la baja reproducción del método haya atentado contra su difusión. Existen grupos a nivel mundial que reportan experiencias en LR-Lap con seguimiento sobre los 10 años (4-6). Nuestra propia experiencia se inició hace más de una década y nuestro esfuerzo actual es el aclarar posibles limitaciones del tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo y, sobre la base de una reestructuración lógica, mejorar nuestros resultados. Sobre esta filosofía hemos ofrecido quimioterapia adyuvante a nuestros pacientes con ganglios positivos, de tal forma de asumir que la enfermedad es tratada de manera efectiva y segura.

Estamos totalmente de acuerdo en que la determinación del riesgo en cáncer de testículo es sumamente importante y tomamos en cuenta la presencia de invasión linfovascular, el componente carcinoembrionario y la *presencia de teratoma en la biopsia inicial*.

Diferimos enérgicamente con el enunciado "...en cuanto a la posible pérdida de pacientes son ellos y sus familiares los responsables de sus propias decisiones". Es nuestra filosofía el entender que las pérdidas en el seguimiento (elemento esencial del tratamiento del cáncer), no siempre encuentran causa en *malas decisiones*, tomadas por un paciente, sino quizás en desinformación y deficiente práctica médica.

La controversia entre tratar, de una u otra manera, se mantendrá y será finalmente el paciente quien dará el paso adelante con la toma de decisiones. La información y consciencia que da basamento a la decisión terapéutica es *nuestra responsabilidad*. Ahora bien, la cirugía evoluciona y las diferencias que pueden existir en la actualidad entre los diferentes grupos quirúrgicos (7), redundarán en la aplicación de una forma de tratamiento cada vez más efectivo y con menor morbilidad.

Agradecemos los comentarios a nuestro trabajo ya que ello permite mantener una discusión respecto a un tema actual no resuelto. Sin embargo, lamentamos que los comentarios no sean acompañados de citas que avalen su importancia, más allá que una simple opinión personal del comentador.

Dr. Octavio Castillo C.

*Unidad de Endourología y Laparoscopia Urológica. Clínica Santa María.
Departamento de Urología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
Av. Santa María 0500 Providencia. Santiago. Chile.*